

AGENCIAS DE ACCIÓN COMUNITARIA DE IOWA
ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE CLIENTES 2023-2024

Las Agencias de Acción Comunitaria de Iowa están realizando un estudio de las necesidades que las personas y las familias pueden estar experimentando en sus vidas. Los resultados y la información del estudio serán considerados por las Agencias de Acción Comunitaria para planificar, desarrollar y brindar programas y servicios de la agencia.

INSTRUCCIONES: Hay más de 50 preguntas de la encuesta. Casi todas las preguntas son de opción múltiple. Responda cada pregunta marcando la casilla (o casillas) correspondiente o escribiendo una respuesta. Se tarda unos 15 minutos en completar la encuesta.

Se debe completar una encuesta por hogar, por lo que si ya la completó este año, gracias y no necesita continuar. **Todas las respuestas a la encuesta son anónimas.**

Sus respuestas nos ayudarán a mejorar nuestras comunidades. Gracias por participar.

1. ¿En que país vive? _____
2. ¿Cuál es el código postal de su hogar? _____

EMPLEO

Adulto = 18 años o más

En los últimos 12 meses...

3. ¿Cuántos adultos en su hogar trabajaron 30 horas a la semana o más?
 0 1 2 3 o más
4. ¿Cuántos adultos en su hogar trabajaron menos de 30 horas a la semana?
 0 1 2 3 o más
5. ¿Cuántos adultos de su hogar trabajaban e intentaban encontrar un trabajo mejor?
 0 1 2 3 o más
6. ¿Cuántos adultos en su hogar estaban desempleados y tratando de encontrar trabajo?
 0 1 2 3 o más
7. ¿Usted u otro adulto en su hogar ha tenido necesidades de empleo? (Si responde NO, pase a la pregunta 9)
 SÍ NO
8. ¿Con cuál de estas necesidades de empleo podría usted u otro adulto de su hogar necesitar ayuda? (Marque todas las que correspondan)
 - Buscar trabajo
 - Encontrar un mejor trabajo
 - Saber qué trabajos hay disponibles
 - Mudarse a un área diferente para conseguir un trabajo o un trabajo diferente
 - Obtener capacitación para el trabajo que quiero
 - Aprender habilidades de búsqueda de empleo (por ejemplo, entrevistas, redacción de currículums, solicitud de empleo en línea)
 - Si tiene otras necesidades de empleo, especifique: _____

EDUCACIÓN

Adulto = 18 años o más

9. **En los últimos 12 meses**, ¿ha tenido usted u otro adulto de su hogar necesidades educativas? (Si responde NO, pase a la pregunta 11)
 SÍ NO

AGENCIAS DE ACCIÓN COMUNITARIA DE IOWA
ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE CLIENTES 2023-2024

10. ¿Con cuál de estas necesidades educativas podría usted u otro adulto de su hogar necesitar ayuda? (Marque todas las que correspondan)

- Obtener una licenciatura de cuatro años
- Obtener un título de asociado de dos años
- Obtener una licencia, certificado o título de escuela técnica, vocacional o comercial
- Obtener un diploma de escuela secundaria o GED/HISET/HSED
- Aprender o mejorar habilidades informáticas o conocimientos informáticos
- Aprender o mejorar habilidades comunicativas o lingüísticas
- Si tiene otras necesidades u objetivos educativos, especifique: _____

GESTIÓN FINANCIERA

11. **En los últimos 12 meses**, ¿han cambiado los ingresos de su hogar? (Si su respuesta no es ningún cambio, pase a la pregunta 13)

- Ningún cambio Aumentó Disminuyó

12. ¿Por qué cambiaron sus ingresos? _____

13. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido su hogar necesidades de gestión financiera? (Si responde NO, pase a la pregunta 15)

- SÍ NO

14. ¿Cuál de estas necesidades de gestión financiera podría ayudar en su hogar? (Marque todas las que correspondan)

- No hay suficiente dinero para llegar a fin de mes
- Presupuestos y gestión del dinero
- Abrir una cuenta corriente o de ahorros
- Llenar formularios de impuestos
- Comprensión de los puntajes crediticios
- Resolver problemas con una tarjeta de crédito o compañía de préstamos
- Resolver problemas con la empresa de servicios públicos
- Resolver problemas con la deuda médica
- Resolver problemas con una empresa de préstamos de día de pago
- Si tiene otras necesidades de gestión financiera, especifique: _____

CUESTIONES LEGALES

15. **En los últimos 12 meses**, ¿ha necesitado su hogar asistencia legal para ayudar a resolver problemas o cuestiones? (por ejemplo, divorcio, manutención de los hijos, inmigración, ejecución hipotecaria, quiebra, delito menor simple o menor, etc.) (Si responde NO, pase a la pregunta 17)

- SÍ NO

16. Especifique los problemas o cuestiones para los que su hogar podría necesitar asistencia legal: _____

VIVIENDA

17. **En los últimos 12 meses**, ¿ha necesitado su hogar necesidades de vivienda no cubiertas? (Si responde NO, pase a la pregunta 19)

- SÍ NO

AGENCIAS DE ACCIÓN COMUNITARIA DE IOWA
ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE CLIENTES 2023-2024

18. **En los últimos 12 meses**, ¿cuáles de estas preocupaciones de vivienda ha tenido su hogar? (Marque todas las que correspondan)

- Personas sin hogar (haber vivido – o estar viviendo – en la calle o en un refugio)
- Familiares o amigos que se quedan con nosotros y no tienen otro lugar donde quedarse.
- Encontrar una vivienda segura
- Encontrar vivienda asequible (incluido alquiler/hipoteca, servicios públicos, etc.)
- Obtener un préstamo para comprar una casa
- Hacer las reparaciones necesarias en el hogar o la propiedad
- Hacer que mi hogar sea más eficiente energéticamente
- Hacer cambios en mi hogar para un miembro del hogar con discapacidades físicas o que está confinado en casa
- Si tiene otras necesidades de vivienda, especifique: _____

19. ¿Está su hogar inscrito en el Programa de Asistencia Alimentaria (SNAP) del HHS de Iowa? (Si responde YES, pase a la pregunta 21)

SÍ NO

20. Si su hogar no está inscrito en el Programa de Asistencia Alimentaria (SNAP) del HHS de Iowa, ¿se debe a alguno de los siguientes motivos? (Marque todas las que correspondan)

- Mi hogar no está familiarizado con el programa
- Mi hogar ha presentado una solicitud y está esperando un aviso de decisión
- Mi hogar no ha presentado su solicitud porque el proceso de solicitud es demasiado difícil
- Mi hogar tiene ingresos superiores
- Mi hogar perdió los beneficios SNAP
- Otro (especifique): _____

Comida y nutrición

21. **En los últimos 12 meses**, ¿ha tenido su hogar necesidades alimentarias o nutricionales insatisfechas? (Si responde NO, pase a la pregunta 23)

SÍ NO

22. ¿Cuáles de estas necesidades alimentarias y nutricionales podrían ayudar en su hogar? (Marque todas las que correspondan)

- Obtener alimentos de despensas de alimentos, sitios de comida o estantes de alimentos
- Tener suficiente comida en casa
- Tener suficiente comida nutritiva en casa
- Obtener los alimentos recomendados por el médico para adaptarse a las alergias/condiciones de salud
- Aprender a aprovechar mis dólares para alimentos
- Aprender a comprar y cocinar para una alimentación saludable
- Aprender a seguir un modelo de alimentación sana en casa
- Obtener educación sobre lactancia materna y asistencia nutricional para una miembro embarazada del hogar
- Si tiene otras necesidades alimentarias o nutricionales, especifique: _____

CUIDADO Y DESARROLLO INFANTIL

23. ¿Hay niños menores de 18 años en su hogar? (Si responde NO, pase a la pregunta 41)

SÍ NO

AGENCIAS DE ACCIÓN COMUNITARIA DE IOWA
ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE CLIENTES 2023-2024

24. ¿Qué edad tienen los niños en su hogar? (Marque todas las que correspondan)

- Menos de 3 años
- 3-5 años
- de 6 a 11 años
- 12-17 años

25. ¿Su hogar acoge a uno o varios niños (de 0 a 5 años)?

SÍ NO

26. ¿Hay niños o jóvenes (menores de 18 años) en su hogar con necesidades especiales?

SÍ NO

27. ¿Los niños o jóvenes de su hogar reciben comidas escolares gratuitas o a precio reducido?

SÍ NO

28. **En los últimos 12 meses**, ¿ha necesitado su hogar necesidades insatisfechas de cuidado o desarrollo infantil? (Si responde NO, pase a la pregunta 30)

SÍ NO

29. ¿Cuáles de estas necesidades de cuidado y desarrollo infantil podrían ayudar en su hogar? (Marque todas las que correspondan)

- Encontrar una guardería en un lugar adecuado
- Encontrar una guardería de calidad
- Encontrar una guardería asequible
- Encontrar una guardería para los días laborables
- Encontrar una guardería por la tarde o por la noche
- Encontrar una guardería los fines de semana
- Encontrar un proveedor de servicios de guardería que acepte Child Care Assistance
- Encontrar un preescolar de calidad
- Encontrar un programa antes o después de la escuela para los niños en edad escolar en mi hogar
- Encontrar servicios o recursos para los niños de mi hogar con necesidades especiales
- Preparar a los niños en edad preescolar de mi hogar para la escuela
- Si tiene otras necesidades de cuidado o desarrollo infantil, especifique: _____

Head Start / Early Head Start

30. ¿Es usted el cuidador principal (por ejemplo, padre, tutor, abuelo con custodia, padrastro, padre de crianza) de un niño en Head Start o Early Head Start? (Si responde NO, pase a la pregunta 41)

SÍ NO

Las siguientes preguntas son para los cuidadores principales de niños en Head Start o Early Head Start:

31. ¿Trabaja actualmente? (Si responde NO, pase a la pregunta 35)

SÍ NO

32. ¿Trabaja en la semana (de lunes a viernes) durante el día?

SÍ NO

33. ¿Trabaja por las tardes, las noches y/o los fines de semana?

SÍ NO

34. ¿Tiene más de un trabajo?

SÍ NO

AGENCIAS DE ACCIÓN COMUNITARIA DE IOWA
ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE CLIENTES 2023-2024

35. ¿Es estudiante o asiste a clases de secundaria, bachillerato o universidad? (Si responde NO, pase a la pregunta 38)

SÍ NO

36. ¿Tiene clases en la semana (de lunes a viernes) durante el día?

SÍ NO

37. ¿Tiene clases por las tardes, por la noche y/o los fines de semana?

SÍ NO

38. ¿Asiste a cursos o programas de capacitación (presenciales o en línea) diseñados para ayudarlo a encontrar un trabajo, mejorar sus habilidades laborales o aprender un nuevo trabajo? (Si responde NO, pase a la pregunta 41)

SÍ NO

39. ¿Tiene cursos o capacitaciones en la semana (de lunes a viernes) durante el día?

SÍ NO

40. ¿Tiene cursos o capacitaciones por las tardes, noches y/o fines de semana?

SÍ NO

CRIANZA Y APOYO FAMILIAR

41. **En los últimos 12 meses**, ¿ha tenido su hogar necesidades de crianza o apoyo familiar insatisfechas? (Si responde NO, pase a la pregunta 43)

SÍ NO

42. ¿Cuáles de estas necesidades de apoyo a la crianza y a la familia podrían ayudar en su hogar? (Marque todas las que correspondan)

- Aprender a establecer metas y planificar mi hogar
- Aprender cómo orientar/enseñar a los niños o jóvenes de mi hogar de manera más efectiva
- Aprender a comunicarme y establecer límites para los jóvenes adolescentes de mi hogar
- Aprender a ayudar a los niños o jóvenes de mi casa que han mostrado un comportamiento intimidatorio o violento
- Aprender cómo ayudar a los niños o jóvenes de mi hogar que han sufrido acoso o comportamiento violento
- Aprender a hablar con los niños o jóvenes de mi hogar sobre las drogas y el alcohol
- Aprender a hablar con los niños o jóvenes de mi hogar sobre sexo, ITS, etc.
- Aprender cómo ayudar a los niños o jóvenes de mi hogar a afrontar el estrés, la depresión o los problemas emocionales
- Encontrar servicios o recursos para los niños o jóvenes de mi hogar con necesidades especiales
- Obtener educación y asistencia sobre planificación familiar o control de la natalidad
- Si tiene otras necesidades de apoyo parental o familiar, especifique: _____

TRANSPORTE

43. **En los últimos 12 meses**, ¿ha necesitado su hogar necesidades de transporte insatisfechas? (Si responde NO, pase a la pregunta 45)

SÍ NO

AGENCIAS DE ACCIÓN COMUNITARIA DE IOWA
ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE CLIENTES 2023-2024

44. ¿Cuáles de estas necesidades de transporte podrían ayudar a su hogar? (Marque todas las que correspondan)
- Obtener acceso al transporte público (por ejemplo, pagar o cubrir el costo de los autobuses y tranvías)
 - Obtener un vehículo confiable (por ejemplo, automóvil, camioneta, camión)
 - Reparar el (los) vehículo(s) de nuestro hogar
 - Obtener una licencia de conducir
 - Obtener un seguro de vehículo
 - Ir y volver del trabajo
 - Ir y venir de citas o trámites
 - Llevar y traer a los niños del hogar a la guardería
 - Llevar y traer a los niños o jóvenes del hogar a la escuela
 - Llevar a los niños o jóvenes del hogar hacia y desde actividades antes o después de la escuela o actividades del club
 - Si tiene otras necesidades de transporte, especifique: _____

SALUD

45. ¿Hay alguien embarazada en su hogar?

- SÍ NO

46. ¿Alguien en su hogar tiene alguna discapacidad física?

- SÍ NO

47. ¿Alguien en su hogar tiene necesidades de salud mental?

- SÍ NO

48. **En los últimos 12 meses**, ¿alguien en su hogar ha tenido necesidades de salud no cubiertas? (Si responde NO, pase a la pregunta 50)

- SÍ NO

49. ¿Cuál de estas necesidades de salud podrían ayudar a su hogar? (Marque todas las que correspondan)

- Obtener un seguro médico asequible
- Obtener un seguro dental asequible
- Encontrar un médico que acepte Medicaid (Título XIX)
- Encontrar un dentista que acepte Medicaid (Título XIX)
- Manejo de medicamentos
- Recibir tratamiento por un problema de drogas
- Recibir tratamiento para un problema de alcohol
- Recibir tratamiento para el consumo de tabaco, nicotina y/o vapeo
- Abordar las necesidades de salud mental
- Abordar problemas relacionados con el estrés, la depresión o la ansiedad
- Abordar problemas relacionados con el abuso físico, emocional o sexual
- Obtener chequeos regulares, vacunas, exámenes de desarrollo o exámenes físicos para los niños en mi hogar
- Obtener atención de salud reproductiva, incluido el acceso a métodos anticonceptivos y pruebas de ITS
- Obtener la atención médica necesaria para una miembro embarazada del hogar
- Si tiene otras necesidades de salud, por especifique: _____

AGENCIAS DE ACCIÓN COMUNITARIA DE IOWA
ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE CLIENTES 2023-2024

OTROS

50. ¿Tiene servicio telefónico?

- SÍ NO

51. ¿Tiene Internet o acceso al servicio de Internet?

- SÍ NO

52. **En los últimos 12 meses**, ¿para cuáles de estas necesidades básicas su hogar habría necesitado ayuda? (Marque todas las que correspondan)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Conseguir muebles o electrodomésticos | <input type="checkbox"/> Trabajar en el jardín o quitar la nieve |
| <input type="checkbox"/> Obtener artículos de cuidado personal (por ejemplo, jabón, pañales, papel higiénico, etc.) | <input type="checkbox"/> Hacer tareas domésticas |
| <input type="checkbox"/> Conseguir ropa o zapatos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

53. ¿Cuántas personas hay en su hogar?

- 1 2 3 4 o más

54. ¿Cuántos adultos (de 18 años y mayores) hay en su hogar?

- 1 2 3 4 o más

55. ¿Hay alguien en su hogar entre 14 y 24 años que no trabaja ni asiste a la escuela?

- SÍ NO

56. ¿Tiene usted o algún miembro de su hogar 55 años o más?

- SÍ NO

57. ¿Alguien en su hogar recibe Medicaid (Título XIX)?

- SÍ NO

58. ¿Hay algún miembro de su familia que no pueda salir de casa?

- SÍ NO

59. **En los últimos 12 meses**, ¿con qué problemas adicionales usted o su hogar no pudieron obtener ayuda?

60. ¿Cuáles son DOS necesidades importantes del hogar que desea resolver?

1) _____

2) _____

AGENCIAS DE ACCIÓN COMUNITARIA DE IOWA
ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE CLIENTES 2023-2024

61. ¿Cuáles son DOS cosas que le gustaría que mejoraran en su vecindario o comunidad?

1) _____

2) _____

Datos demográficos

62. ¿Cuál considera que es su género?

Masculino Femenino Transgénero No-binario/no-conformista Prefiero no responder

63. ¿Cuál considera que es su raza?

Blanco Negro o afroamericano Asiático Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico
 Indio americano Nativo de Alaska Otro Multirracial Prefiero no responder

64. ¿Considera su origen étnico hispano, latino o de origen español?

SÍ NO Prefiero no responder

65. ¿Cuál es el idioma principal de su hogar? (seleccione uno)

Inglés Español Otro (especifique): _____

Preguntas sobre la satisfacción del cliente

66. Las siguientes preguntas son específicas para proporcionar comentarios sobre la Agencia de Acción Comunitaria con la que ha trabajado más recientemente. **Escriba el nombre de la Agencia de Acción Comunitaria sobre la que está proporcionando comentarios:**

67. ¿Cómo conoció nuestra Agencia de Acción Comunitaria? (Marque todas las que correspondan)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Familiar o amigo | <input type="checkbox"/> Sitio web de la Agencia de Acción Comunitaria |
| <input type="checkbox"/> Consejero de la escuela | <input type="checkbox"/> Búsqueda en línea |
| <input type="checkbox"/> United Way 211 | <input type="checkbox"/> Redes sociales (por ejemplo, Facebook, Twitter, Instagram) |
| <input type="checkbox"/> Televisión o radio | <input type="checkbox"/> Organización basada en la fe (por ejemplo, iglesia, templo) |
| <input type="checkbox"/> Noticia | <input type="checkbox"/> Fui remitido por otra organización o agencia |
| <input type="checkbox"/> Cliente de agencia actual o anterior | <input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Carta, folleto o volante | |
| <input type="checkbox"/> Directorio telefónico | |

AGENCIAS DE ACCIÓN COMUNITARIA DE IOWA
ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE CLIENTES 2023-2024

68. Los siguientes son servicios que pueden ofrecer las agencias de acción comunitaria en todo el estado.

¿Ha recibido su hogar alguno de los siguientes de nuestra agencia en los últimos 12 meses? (seleccione todo lo que corresponda y agregue servicios adicionales en el área de comentarios a continuación)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Agua de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Energética (LIHEAP) | <input type="checkbox"/> Reparaciones en el hogar |
| <input type="checkbox"/> Recursos alimentarios (por ejemplo, despensa alimentos, banco de alimentos, etc.) | <input type="checkbox"/> FaDSS (Desarrollo Familiar y Autosuficiencia) |
| <input type="checkbox"/> Head Start | <input type="checkbox"/> Parents as Teachers (PAT) |
| <input type="checkbox"/> Early Head Start | <input type="checkbox"/> Artículos de cuidado personal |
| <input type="checkbox"/> Climatización | <input type="checkbox"/> Consejería (por ejemplo, salud mental, abuso de sustancias, juegos de azar, MAT, clases OWI, tribunal de drogas para adultos/familias, clases de prevención) |
| <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____ |
| <input type="checkbox"/> Reparación o reemplazo de hornos | |
| <input type="checkbox"/> Asistencia de ropa | |
| <input type="checkbox"/> Asistencia con medicamentos | |
| <input type="checkbox"/> Alquiler de emergencia | |
| <input type="checkbox"/> Utilidad de emergencia | |

69. ¿Cómo preferiría acceder a nuestros servicios? (seleccione hasta dos)

Presencial Teléfono Correo electrónico Correo Mensaje de texto En línea Otro (especifique): _____

70. ¿Cuándo preferiría tener acceso a nuestros servicios y personal para recibir asistencia (presencial o por otros medios)? (seleccione uno)

- Lunes a viernes por la mañana: 6:30 a. m. - 8:00 a. m.
- De lunes a viernes: 8:00 a. m. - 12:00 del mediodía
- De lunes a viernes: 12:00 - 4:30 p. m.
- De lunes a viernes: 16:30 a. m. - 7:00 p. m.
- Sábado: 9:00 a. m. - 12:00 del mediodía
- Otros (especifique): _____

71. Comparta cualquier dificultad para acceder a nuestros servicios:

72. ¿Cómo ha marcado la Acción Comunitaria una diferencia en su vida?

73. Cuéntenos algo que crea que nuestra Agencia de Acción Comunitaria debería mejorar:

AGENCIAS DE ACCIÓN COMUNITARIA DE IOWA
ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE CLIENTES 2023-2024

Para las siguientes afirmaciones, seleccione su nivel de acuerdo:

74. Tuve una experiencia positiva cuando recibí servicios de esta Agencia de Acción Comunitaria.

- Muy de Acuerdo
- De acuerdo
- Indeciso/Neutral
- En desacuerdo
- Muy en Desacuerdo

75. Me ayudaron de manera oportuna.

- Muy de Acuerdo
- De acuerdo
- Indeciso/Neutral
- En desacuerdo
- Muy en Desacuerdo

76. El personal de la Agencia de Acción Comunitaria con el que interactué fue amable y servicial.

- Muy de Acuerdo
- De acuerdo
- Indeciso/Neutral
- En desacuerdo
- Muy en Desacuerdo

77. Me informaron sobre otras agencias o servicios comunitarios que podrían ayudarme con mi necesidad.

- Muy de Acuerdo
- De acuerdo
- Indeciso/Neutral
- En desacuerdo
- Muy en Desacuerdo

78. ¿Se resolvió el problema con el que llegó?

- El problema se resolvió.
- El problema no se resolvió, pero mi hogar recibió remisiones.
- El problema no se resolvió y no recibí ninguna remisión.

79. ¿Qué probabilidades hay de que recomiende a alguien a nuestros servicios en una escala del 1 al 10, siendo 10 la puntuación más alta?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

80. Algún otro comentario:

Este es el final de la encuesta. **Todas las respuestas a la encuesta son anónimas.** Si desea que alguien se comuniquen con usted, comuníquese con su **Agencia de Acción Comunitaria local.** Gracias por participar.